LUBELSKI ROCZNIK PEDAGOGICZNY
T. XXXX, z. 1 – 2021

DOI: 10.17951/lrp.2020.40.1.143-156

Grażyna Aondo-Akaa
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie
ORCID – 0000-0002-7918-7204

WYBRANE ZASOBY OSOBOWOŚCI ORAZ ICH WZAJEMNE RELACJE U MŁODYCH DOROSŁYCH OSÓB Z WRODZONĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ

Streszczenie: Wprowadzenie: Wrodzona niepełnosprawność ruchowa jest dla człowieka wyzwaniem, które może znacząco modyfikować przeżywanie własnej dorosłości. Niezbędne jest nieustanne pogłębianie wiedzy o zasobach, które mogą wspomagać psychospołeczną adaptację osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. Takimi zasobami mogą być samoocena, wewnętrzne poczucie kontroli oraz poczucie koherencji. **Cel badań:** Celem przeprowadzonych badań było określenie relacji pomiędzy samooceną, umiejscowieniem poczucia kontroli i poczuciem koherencji wśród młodych dorosłych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową. **Metoda badań:** Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, a w jej ramach następujące narzędzia badawcze: skalę SES Rosenberga w polskiej adaptacji Łaguny, Lachowicz-Tabaczek i Dzwonkowskiej, kwestionariusz Delta autorstwa Drwala, oraz zmodyfikowaną wersję kwestionariusza SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego. **Wyniki:** Wykazano istotne związki pomiędzy samooceną a umiejscowieniem poczucia kontroli i poczuciem koherencji oraz umiejscowieniem poczucia kontroli a poczuciem koherencji. **Wnioski:** Samoocena, wewnętrzne poczucie kontroli oraz poczucie koherencji są ze sobą istotnie związane. Mogą się wzajemnie warunkować i przyczyniać do wzajemnego wzrostu.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność ruchowa, poczucie koherencji, poczucie kontroli, samoocena

WPROWADZENIE

Wystąpienie niepełnosprawności – względnie trwałego uszkodzenia organizmu – może utrudniać człowiekowi samodzielne zaspokajanie swoich potrzeb i realizowanie różnych zadań społecznych (Kowalik, 2007). Wrodzona niepełnosprawność ruchowa może już od samego początku rozwoju człowieka wyznaczać charakter relacji nawiązywanych z otoczeniem (Szychowiak, 2008), choć związku pomiędzy doświadczaną

niepełnosprawnością a trudnościami w funkcjonowaniu psychospołecznym nie można uznać za deterministyczny (Byra, 2019). Niepełnosprawność ruchowa nie musi stanowić dla osoby z niepełnosprawnością dominującej treści obrazu siebie (Elliott, Kurylo, Rivera, 2002). Ponadto niepełnosprawność nigdy nie eliminuje wszystkich zasobów danej osoby, a także szansy na rozwijanie nowych zasobów (Dunn, Doughtery, 2005).

Współczesne podejście do niepełnosprawności akcentuje konieczność postrzegania osoby z niepełnosprawnością przez pryzmat pozytywnych aspektów rozwojowych – posiadanych przez daną osobę zasobów i mocnych stron (Majewicz, 2015), jej indywidualnego funkcjonowania w świecie, potrzeb i możliwości (Buntinx, 2013). Podkreśla się też, że brak odpowiednich zasobów, wspomagających adaptację do życia z niepełnosprawnością może skutkować depresją – jako reakcją na własną niepełnosprawność (Psarra, Kleftaras, 2013).

Dla osób z niepełnosprawnością ruchową wczesna dorosłość jest okresem rozwojowym, w którym pojawiają się szczególne wyzwania, związane z konfrontacją dotychczasowych przekonań i dążeń z realiami dorosłego życia (Bidziński, 2010). Niektórzy autorzy zwracają także uwagę, że wraz z wiekiem u osób z niepełnosprawnością ruchową wzrasta poczucie społecznego wykluczenia (Darling, Heckert, 2010). Z tego powodu szczególnie istotnym zagadnieniem staje się poszukiwanie i rozpoznawanie poziomu zasobów, które mogą wspierać psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową, zarówno w okresie wczesnej dorosłości, jak i w dalszych etapach życia.

Jednym z takich zasobów może być samoocena, która bywa rozumiana (w ujęciu Rosenberga) jako posiadane przez człowieka przekonanie, że jest wystarczająco dobry i wartościowy, niekoniecznie zaś lepszy od innych (Łaguna, Lachowicz-Tabaczek, Dzwonkowska, 2007). Pozytywna samoocena wiąże się z kolei z przekonaniem człowieka, że dorasta on do wymagań, które stawia mu życie, że zasługuje na szczęście oraz spełnienie swoich pragnień i potrzeb (Branden, 2012). Ponadto osobom z niepełnosprawnością pozytywna samoocena ułatwia podjęcie wyzwań, które wynikają z doświadczanych trudności i ograniczeń (Kowalczyk, 2013). Jednak nadal trudno o jednoznaczną charakterystykę samooceny osób z niepełnosprawnością ruchową, zwłaszcza wrodzoną. Niektóre badania wskazują, że niepełnosprawność ruchowa nie wiąże się z obniżeniem poziomu samooceny (Katra, Olkowska, 2006; King, Shultz, Steel, Gilpin, Cathers, 1993; Plieth-Kalinowska, 2009), inne z kolei – że niepełnosprawność ruchowa istotnie obniża samoocenę (Blanes, Carmagnani, Ferreira, 2009; Bochniarz, 2018; Gordon, 1965; Lawrence,Winschel, 1973; Majewicz, 2002; Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor, Swank, 2003). Wskazuje się, że czynnikami, które mogą modyfikować samoocenę osób z niepełnosprawnością ruchową, może być płeć – u dziewcząt silniej zaznacza się jej obniżenie (Magill-Evans, Restall, 1991) lub stopień niepełnosprawności, choć również tu doniesienia nie są jednoznaczne.

Zwraca się uwagę, że to znaczny stopień niepełnosprawności najbardziej obniża samoocenę (Majewicz, 2002) lub – wręcz przeciwnie – że najsilniej samoocenę obniża umiarkowany lub lekki stopień niepełnosprawności (Miyahara, Piek, 2006).

Kolejnym zasobem, który może wspomagać psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową, jest umiejscowienie poczucia kontroli, które odnosi się do sposobu, w jaki człowiek postrzega związki pomiędzy własnymi zachowaniami a wzmocnieniami, które po nich występują. Związki te mogą być interpretowane przez człowieka jako skutek przypadku, niezwiązany z jego działaniem (zewnętrzne poczucie kontroli) lub jako rezultat własnego działania – a zatem wewnętrzne poczucie kontroli (Drwal, 1978), które kształtuje się wskutek doświadczania związku pomiędzy swoją aktywnością a jej pozytywnym rezultatem (Otrębski, Rożnowski, 2008). Rola wewnętrznego poczucia kontroli jest bardziej adaptacyjna niż zewnętrznego – wewnętrzne poczucie kontroli wiąże się m.in. z większą samodzielnością, pewnością siebie, wytrwałością i przejmowaniem inicjatywy (Krasowicz, Kurzyp-Wojnarska, 1987).

Również w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli osób z niepełnosprawnością ruchową doniesienia badawcze są niejednoznaczne. Wskazuje się zarówno, że osoby z niepełnosprawnością ruchową charakteryzują się bardziej zewnętrznym poczuciem kontroli niż ich pełnosprawni rówieśnicy (Chung, Preveza, Papandreou, Prevezas, 2006; Rorat, 2006), że poczucie kontroli osób z niepełnosprawnością ruchową nie różni się od poczucia kontroli pełnosprawnych rówieśników (Janelle, 1992), jak też, że u osób z niepełnosprawnością ruchową poczucie kontroli jest bardziej wewnętrzne niż u ich pełnosprawnych rówieśników (Rader, 2003).

Następnym zasobem, który może wspierać psychospołeczne funkcjonowanie osób z niepełnosprawnością ruchową, jest poczucie koherencji (Kennedy, Lude, Elfström, Smithson, 2010). Pojęcie to rozumie się jako „globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania" (Antonovsky, 2005). Silne poczucie koherencji mobilizuje człowieka do aktywności (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008), pomaga nadawać sens i wyjaśniać niespodziewane wydarzenia (Sęk, 2001), pozwala własne zasoby spostrzegać jako wystarczające w obliczu napotykanych wydarzeń życiowych (Antonovsky, 2005), może też w pewien sposób zmniejszać negatywne konsekwencje niepełnosprawności (Byra, 2012).

Jeśli chodzi o poczucie koherencji osób z niepełnosprawnością ruchową – podobnie jak powyższe zasoby – jest ono charakteryzowane w rozbieżny sposób. Niektóre z badań wskazują, że niepełnosprawność ruchowa może wiązać się z obniżonym poczuciem koherencji (Jahnsen, Villien, Stanghelle, 2002; Margalit, Cassel-Seiden-

man, 1987), inne zaś – że niepełnosprawność ruchowa nie zmienia poziomu poczucia koherencji względem osób pełnosprawnych (Riad, Broström, Langius-Eklöf, 2013). Ponadto podkreśla się znaczenie poczucia koherencji w adaptacji do życia z niepełnosprawnością (Ristner, Andersson, Johansson, Johansson, Ponzer, 2000) i jego związek z odczuwaną jakością życia (Moen, Eide, Drageset, Gjesdal, 2019).

Można zatem stwierdzić, że zarówno samoocena, jak i umiejscowienie poczucia kontroli i poczucie koherencji spełniają ważną rolę w procesie psychospołecznej adaptacji osób z niepełnosprawnością ruchową. Brakuje natomiast systematycznego namysłu nad znaczeniem wzajemnych związków pomiędzy wymienionymi zasobami we wspomnianej grupie.

Dostępne są pewne doniesienia badawcze, które wskazują na istniejący związek pomiędzy samooceną a poczuciem kontroli wśród uczniów szkół podstawowych (Mathiak, Seget, Karzel, Majewska, Ostaszewski, 2006) i ponadpodstawowych (Poziemska, 2019), wśród studentów (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008), a także wśród dorosłych osób pracujących (Walczak, Derbis, 2017). Równocześnie wskazuje się jednak, że wystąpienie wśród młodzieży trudności w uczeniu się oraz innych zaburzeń rozwojowych znacząco obniża siłę związku pomiędzy samooceną a poczuciem kontroli (Gindrich, 2017). W niektórych doniesieniach badawczych podkreśla się, że samoocena jest również istotnie związana z poczuciem koherencji wśród osób dorosłych (Pallant, Lae, 2002; Wiatrowska, 2013), czasem wskazuje się jednak, że wśród młodzieży wychowującej się w niepełnych rodzinach zależność między samooceną a poczuciem koherencji jest słaba i nieistotna (Kirenko, Bochniarz, 2017). Doniesienia te nie pozwalają jednak na jednoznaczne określenie, w jaki sposób kształtują się relacje pomiędzy samooceną, umiejscowieniem poczucia kontroli oraz poczuciem koherencji wśród badanych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.

METODOLOGICZNE ZAŁOŻENIA BADAŃ WŁASNYCH

Celem przeprowadzonych badań było określenie relacji pomiędzy samooceną, umiejscowieniem poczucia kontroli i poczuciem koherencji wśród młodych dorosłych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.

Sformułowano następujące problemy badawcze:

- Jaki jest poziom samooceny, zewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli oraz poczucia koherencji wśród młodych dorosłych osób?
- Jakie związki istnieją pomiędzy samooceną, umiejscowieniem poczucia kontroli i poczuciem koherencji?

Postawiono hipotezę badawczą w następującym brzmieniu: Istnieje dodatni, istotny związek pomiędzy samooceną a poczuciem koherencji, a także istotne,

ujemne związki pomiędzy samooceną a zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli oraz poczuciem koherencji a zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli wśród młodych dorosłych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.

Przyjęcie hipotezy w powyższym brzmieniu wydaje się zasadne, ze względu na omówione powyżej, sygnalizowane w pojedynczych doniesieniach badawczych istniejące związki pomiędzy badanymi zasobami (Mathiak i in., 2006; Pallant, Lae, 2002; Poziemska, 2019; Walczak, Derbis, 2017; Wiatrowska, 2013).

W badaniu wzięło udział 113 dorosłych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową – 57 kobiet i 56 mężczyzn. Znaczny stopień niepełnosprawności posiadały 84 osoby, 24 osoby – umiarkowany, 5 osób zaś – lekki stopień niepełnosprawności. Wszystkie badane osoby miały pomiędzy 18 a 39 lat, zatem były osobami w okresie wczesnej dorosłości. Do głównych przyczyn niepełnosprawności badanych osób należały: porażenie mózgowe (46 osób), dysfunkcje układu kostno-stawowego (25 osób), przepuklina oponowo-rdzeniowa (18 osób), rdzeniowy zanik mięśni (12 osób) oraz dystrofia mięśniowa (5 osób).

Badane osoby pochodziły z 14 różnych województw, przede wszystkim zaś z województwa małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego i wielkopolskiego, zarówno z dużych, średnich, jak i małych miejscowości. Najwięcej spośród badanych osób posiadało średnie wykształcenie.

Zastosowano celowy dobór próby, ze względu na konieczność utrzymania heterogeniczności grupy w zakresie niepełnosprawności posiadanej przez badane osoby.

W procesie statystycznej analizy danych wykorzystano metody statystyki opisowej oraz testy parametryczne. Wykonano analizę korelacji za pomocą współczynnika r-Pearsona oraz analizę różnic międzygrupowych przy zastosowaniu testu t-Studenta. Poziom istotności statystycznej ustalono na poziomie $p < 0,05$. Analizę danych wykonano za pomocą oprogramowania Statistica 13.

ZASTOSOWANE NARZĘDZIA BADAWCZE

Wiodącą strategią, przyjętą podczas prowadzonych badań, była strategia ilościowa. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Wykorzystano trzy narzędzia badawcze:

- skalę SES Rosenberga w polskiej adaptacji Łaguny, Lachowicz-Tabaczek i Dzwonkowskiej (2007);
- kwestionariusz Delta autorstwa Drwala (1979);
- zmodyfikowana wersja kwestionariusza SOC-29 autorstwa Antonovsky'ego (2005).

Skala SES pozwala na dokonanie ogólnego pomiaru samooceny, rozumianej jako względnie stała cecha, odzwierciedlająca stosunek człowieka do własnego „Ja". Na skalę tę składa się 10 diagnostycznych stwierdzeń, pozwalających uzyskać wynik w przedziale 10–40 punktów. Polska adaptacja tej skali jest narzędziem trafnym i rzetelnym (Łaguna i in., 2007).

Kwestionariusz Delta służy do pomiaru zgeneralizowanego poczucia kontroli. Składa się z 14 stwierdzeń diagnostycznych oraz 10 stanowiących „skalę kłamstwa", pozwalającą na określenie stopnia podatności badanych osób na zmienną aprobaty społecznej. Zadaniem badanej osoby jest ustosunkowanie się do każdego ze stwierdzeń i określenie, czy uważa je za prawdziwe, czy fałszywe. Wynik w przedziale 0–14 punktów pozwala na umiejscowienie postrzeganego poczucia kontroli na kontinuum wewnętrzne-zewnętrzne – im wynik jest wyższy, tym bardziej poczucie kontroli jest zewnętrzne (Drwal, 1979).

Kwestionariusz SOC-29 pozwala na dokonanie pomiaru ogólnego poczucia koherencji oraz jego składników (poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności oraz poczucia sensowności). Zawiera 29 stwierdzeń diagnostycznych, opisujących różne sytuacje z życia człowieka, zadaniem zaś badanej osoby jest określić w skali 1–7, w jakim stopniu zgadza się z każdym z powyższych stwierdzeń (Antonovsky, 2005). Modyfikacja narzędzia polegała na ograniczeniu skali wyboru (do przedziału 1–3 punkty), a zatem możliwy do uzyskania wynik zawierał się w przedziale 29–87 punktów.

WYNIKI

W pierwszej kolejności ustalono średni poziom omawianych zasobów wśród badanych osób. Ponadto określono, jaki jest średni poziom tych zmiennych zarówno wśród kobiet, jak i wśród mężczyzn. Za pomocą testu t-Studenta przeanalizowano różnice występujące pomiędzy kobietami i mężczyznami we wspomnianym zakresie. Ze względu na dużą rozbieżność w liczbie osób z różnymi stopniami niepełnosprawności, a także różnymi jej przyczynami, nie dokonywano porównania pomiędzy tymi grupami.

Ustalono, że samoocena wśród badanych osób kształtowała się na średnim poziomie 29,29 punktów. Nieznaczna różnica pomiędzy kobietami (29,40 pkt) a mężczyznami (29,18 pkt) okazała się nieistotna statystycznie.

Odnosząc uzyskane wyniki do norm opracowanych dla polskiej wersji narzędzia, stwierdzono, że zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn wyniki te plasują się na granicy 5 i 6 stena, co należy interpretować jako przeciętny poziom samooceny wśród badanych osób (por. Dzwonkowska i in., 2008).

W zakresie poczucia kontroli średni wynik dla całej grupy badanych osób wyniósł 5,00 punktów. Również w tym przypadku różnica pomiędzy kobietami (4,75 pkt) a mężczyznami (5,25 pkt) nie okazała się istotna statystycznie. Dla zastosowanego narzędzia brakuje norm, do których można by odnieść uzyskane wyniki. W badaniu możliwy do uzyskania wynik mieści się w przedziale 0–14 punktów, zatem otrzymane wyniki należy interpretować jako raczej wewnętrzne poczucie kontroli wśród badanych osób.

Jeśli zaś chodzi o poczucie koherencji, średni jego poziom wśród badanych osób wyniósł 62,31 punktów, różnica zaś pomiędzy kobietami (62,09 pkt) a mężczyznami (62,54 pkt) okazała się nieistotna statystycznie. Dokonana modyfikacja kwestionariusza nie pozwala na porównanie wyników z innymi badaniami. Możliwy do uzyskania wynik mieścił się w przedziale 29–87 punktów, zatem należy uznać, że poziom koherencji badanych osób mieści się w górnej granicy wyniku przeciętnego.

Szczegółowe dane dotyczące poziomu samooceny, zewnętrznego poczucia kontroli oraz poczucia koherencji, a także różnic w poziomie tych zasobów pomiędzy kobietami a mężczyznami zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1.
Poziom samooceny, zewnętrznego poczucia kontroli oraz poczucia koherencji wśród badanych osób

Zmienna	Całość grupy		Kobiety		Mężczyźni		*t*	*p*
	M	*SD*	*M*	*SD*	*M*	*SD*		
Samoocena	29,29	5,04	29,40	5,07	29,18	5,06	0,24	0,81
Zewnętrzny LOC	5,00	2,94	4,75	2,68	5,25	3,19	–0,89	0,37
Poczucie koherencji	62,31	7,44	62,09	8,18	62,54	6,67	–0,32	0,75

Następnie za pomocą współczynnika r-Pearsona określono, jaka jest siła związków pomiędzy samooceną, zewnętrznym poczuciem kontroli oraz poczuciem koherencji. Okazało się, że wszystkie związki pomiędzy tymi zmiennymi były istotne. W całej grupie badanych osób najsilniejszy związek wystąpił pomiędzy samooceną a poczuciem koherencji ($r = 0{,}56$). Wśród kobiet najsilniejszy był związek pomiędzy poczuciem kontroli a poczuciem koherencji ($r = -0{,}56$). Z kolei wśród mężczyzn najsilniejszy związek wystąpił pomiędzy samooceną a poczuciem koherencji ($r = 0{,}56$).

Należy zauważyć, że kierunek wszystkich korelacji pomiędzy zewnętrznym poczuciem kontroli a samooceną i poczuciem koherencji był ujemny, co – ze względu

na charakter zastosowanego narzędzia badawczego – świadczy o tym, że wraz ze wzrostem poczucia koherencji oraz samooceny maleje poziom zewnątrzsterowności.

Szczegółowe dane dotyczące siły związków pomiędzy samooceną, zewnętrznym poczuciem kontroli i poczuciem koherencji zamieszczono w tabeli 2.

Tabela 2.
Siła związków (r-Pearsona) pomiędzy samooceną, zewnętrznym poczuciem kontroli oraz poczuciem koherencji

Zmienna	Samoocena			Zewnętrzny LOC		
	Całość grupy	Kobiety	Mężczyźni	Całość grupy	Kobiety	Mężczyźni
Zewnętrzny LOC	−0,44**	−0,40*	−0,46**	-	-	-
Poczucie koherencji	0,56**	0,52**	0,62**	−0,43**	−0,56**	−0,33*

* $p < 0{,}05$, ** $p < 0{,}001$

DYSKUSJA WYNIKÓW

Wyniki uzyskane w zakresie poziomu samooceny można porównać z wynikami uzyskanymi podczas badań walidacyjnych polskiej adaptacji skali SES – średni poziom samooceny wynosił w nich 29,94 pkt wśród mężczyzn oraz 29,19 pkt wśród kobiet (Łaguna i in., 2007). W powyższych badaniach w grupie mężczyzn wykazano średni poziom samooceny 29,18 pkt, wśród kobiet zaś – 29,40 pkt. Pozwala to stwierdzić, że samoocena badanych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową nie odbiega istotnie od poziomu samooceny ogółu populacji. Uzyskanie wyniki są zatem zbieżne z niektórymi doniesieniami badawczymi, które wskazują na brak różnic w poziomie samooceny pomiędzy osobami z niepełnosprawnością ruchową a osobami pełnosprawnymi (por. Katra, Olkowska, 2006; King i in., 1993; Magill-Evans, Restall, 1991; Plieth-Kalinowska, 2009).

W zakresie umiejscowienia poczucia kontroli badanych osób wykazano, że jest ono raczej wewnętrzne, co wpisuje się w pojedyncze dotychczas uzyskane wyniki (por. Rader, 2003). Nieco wyższy poziom wewnątrzsterowności zaobserwowano u kobiet, jednak różnica pomiędzy kobietami a mężczyznami nie okazała się istotna statystycznie. Do tej pory wskazywano przede wszystkim, że wśród osób z niepełnosprawnością ruchową to mężczyźni charakteryzują się wyższym poziomem wewnątrzsterowności (Majewicz, 2012), jednak powyższe badania nie wpisują się w te ustalenia. Wśród badanych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową płeć nie różnicuje istotnie umiejscowienia poczucia kontroli.

Poczucie koherencji badanych osób plasuje się na przeciętnym poziomie, z tendencją ku wysokiemu. Może to wskazywać (mimo braku odniesienia w badaniach do grupy osób pełnosprawnych), że wrodzona niepełnosprawność ruchowa nie musi istotnie modyfikować poczucia koherencji, co jest zgodne z wynikami takich autorów jak Riad i in. (2013) lub Rorat (2006).

Brakuje natomiast systematycznych opracowań dotyczących związków pomiędzy omawianymi zasobami, zwłaszcza wśród osób z niepełnosprawnością. Dostępne doniesienia badawcze wskazują, że wysoka samoocena wiąże się z wewnętrznym poczuciem kontroli, niska zaś – z zewnętrznym (Łaguna i in., 2007). Wśród dziewcząt z trudnościami w uczeniu się negatywny obraz siebie wiąże się z obniżaniem wewnętrznego poczucia kontroli sukcesów. Z kolei wśród chłopców z trudnościami w uczeniu się nie występuje wyraźny związek pomiędzy samooceną a poczuciem kontroli, jest on natomiast dostrzegalny wśród chłopców bez trudności w uczeniu się (Gindrich, 2017). Uzyskane wyniki wpisują się w tę tendencję, potwierdzając silny związek pomiędzy samooceną i wewnętrznym poczuciem kontroli wśród osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową.

Przeprowadzone badania oraz dokonane analizy upoważniają do stwierdzenia, że badane osoby z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową charakteryzują się poziomem samooceny zbliżonym do ogółu populacji. Ich poczucie kontroli jest umiejscowione raczej wewnętrznie. Ponadto ich poczucie koherencji jest przeciętne, z tendencją ku wysokiemu. Płeć nie różnicuje istotnie poziomu tych zasobów. Istnieją silne, istotne związki pomiędzy samooceną a poczuciem koherencji, samooceną a umiejscowieniem poczucia kontroli oraz poczuciem koherencji a umiejscowieniem poczucia kontroli.

Postawiona hipoteza w brzmieniu: Istnieje dodatni, istotny związek pomiędzy samooceną a poczuciem koherencji, a także istotne, ujemne związki pomiędzy samooceną a zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli oraz poczuciem koherencji a zewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli wśród młodych dorosłych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową została potwierdzona.

PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE UZYSKANYCH WYNIKÓW

Powyższe wnioski mogą przyczynić się do holistycznego spojrzenia na zasoby, które wspomagają psychospołeczną adaptację osób z niepełnosprawnością. Będąc ze sobą nierozerwalnie związane, wzajemnie się warunkują, wzrost zaś jednego z nich może przyczyniać się do wzrostu pozostałych.

Omawiane wyniki odnoszą się do grupy młodych dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową. Badane zasoby jednak kształtują się wcześniej, już od

dzieciństwa. Ich poziom w okresie dorosłości w dużej mierze jest wynikiem wcześniejszych doświadczeń, zarówno rodzinnych, jak i edukacyjnych.

Uzyskane wyniki winny zatem znaleźć odzwierciedlenie w procesie rehabilitacji społecznej oraz edukacji. Istotne wydaje się położenie nacisku na rozwój pozytywnej, stabilnej samooceny, wewnętrznego poczucia kontroli oraz silnego poczucia koherencji już od najwcześniejszych lat edukacji. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością ruchową powinny w procesie edukacji kształtować przekonanie, że są wystarczająco dobre, mogą odnosić sukcesy, mogą wyznaczać dla siebie cele i je realizować w wybrany, kontrolowany przez siebie sposób, ponadto mogą podejmować różnorodne wyzwania – i sprostać tym wyzwaniom dzięki posiadanym przez siebie zasobom. Uczniowie powinni doświadczać skutków pomiędzy swoim działaniem a jego następstwami, przed którymi nie można ich nadmiernie ochraniać. Ponadto należy u uczniów z niepełnosprawnością ruchową kształtować poczucie, że świat jest przewidywalny, zrozumiały i że warto angażować się w zadania, które niesie ze sobą życie. Szczególną rolę mogą odegrać w tym procesie programy profilaktyczne i psychoedukacyjne.

Niezbędne wydaje się również wdrażanie wspomnianej tematyki do procesu rehabilitacji społecznej i zawodowej dorosłych osób z niepełnosprawnością ruchową, zwłaszcza wśród osób, u których poziom badanych zasobów zostanie rozpoznany jako niski. Wzmacnianie przekonania o wewnętrznej kontroli nad zdarzeniami, poczucia, że świat jest zrozumiały oraz przekonania, że jest się wystarczająco dobrym i ma się odpowiednie zasoby do podejmowania określonych wyzwań może odegrać ważną funkcję w stopniowym przygotowywaniu do podejmowania aktywności zawodowej.

OGRANICZENIA BADAŃ

Powyższe badania, przybliżając charakterystykę związków pomiędzy samooceną, umiejscowieniem poczucia kontroli oraz poczuciem koherencji młodych dorosłych osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową nie są wolne od pewnych ograniczeń. Do najważniejszych z nich należy z pewnością zaliczyć brak możliwości dokonania porównań międzygrupowych ze względu na stopień oraz przyczynę niepełnosprawności. Ponadto modyfikacja kwestionariusza do badania poczucia koherencji może utrudniać szczegółowy jego opis.

Z tego powodu wskazane jest dalsze pogłębianie wiedzy na temat samooceny, poczucia koherencji oraz umiejscowienia poczucia kontroli osób z wrodzoną niepełnosprawnością ruchową, a także poszukiwanie dalszych czynników, które pozwolą lepiej poznać złożony charakter relacji pomiędzy tymi zmiennymi.

LITERATURA

Antonovsky, A. (2005). Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Bidziński, K. (2010). Zmiany w hierarchii wartości osób z dysfunkcją narządu ruchu w okresie od dorastania do wczesnej dorosłości. W: Z. Palak. A. Bujnowska. A. Pawlak (red.). *Aktualne problemy edukacji i rehabilitacji osób niepełnosprawnych w biegu życia* (s. 119–130). Lublin: Wyd. UMCS.

Blanes, L., Carmagnani, M.I S., Ferreira, L.M. (2009). Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Quality of Life Research*, *18*(1), 15–21.

Bochniarz, A. (2018). Samoocena osób niepełnosprawnych ruchowo pracujących zawodowo. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia. Sectio J*, *XXXI*(2), 207–221.

Branden, N. (2012). Sześć filarów poczucia własnej wartości. Łódź: Feeria.

Buntinx, W. (2013). Understanding Disability: A Strenghts-Base Approach. W: M. Wehmeyer (red.). *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability* (s. 7–18). New York: Oxford Univeristy Press.

Byra, S. (2012). Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a przystosowanie do życia z niepełnosprawnością u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o zróżnicowanym poziomie subiektywnej oceny zdrowia. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, *18*(1), 37–44.

Byra, S. (2019). Niepełnosprawność ruchowa w paradygmacie pozytywnie ukierunkowanym. Lublin: Wyd. UMCS.

Chung, M.C., Preveza, E., Papandreou, K., Prevezas, N. (2006). The relationship between posttraumatic stress disorder following spinal cord injury and locus of control. *Journal of Affective Disorders*, *93*(1–3), 229–232.

Darling, R.B., Heckert, D.A. (2010). Orientations toward disability: Differences over the lifecourse. *International Journal of Disability, Development and Education*, *57*(2), 131–143.

Drwal, R. (1978). Poczucie kontroli jako wymiar osobowości – podstawy teoretyczne, techniki badawcze i wyniki badań. W: L. Wołoszynowa (red.). *Materiały do nauczania psychologii. Seria III. Metody badań psychologicznych. Tom 3* (s. 307–345). Warszawa: PWN.

Drwal, R. (1979). Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli. *Studia Psychologiczne*, *XVIII*(1), 67–84.

Dunn, D., Doughtery, D. (2005). Prospects for a positive psychology of rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, *50*(3), 305–311.

Dzwonkowska, I., Lachowicz-Tabaczek, K., Łaguna, M. (2008). Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Elliott, T.R., Kurylo, M., Rivera, P. (2002). Positive growth following acquired physical disability. W: C. Snyder. S. Lopez (red.). *Handbook of positive psychology* (s. 687–699). Oxford: Oxford Univeristy Press.

Gindrich, P. (2017). Samoocena gimnazjalistów a ich poczucie kontroli w sytuacji odniesienia sukcesu – znaczenie płci, trudności w uczeniu się oraz zaburzeń towarzyszących. W: M. Humeniuk. I. Paszenda. W. Żłobicki (red.). *Sukces jako zjawisko edukacyjne vol. 2* (s. 174–194). Wrocław: Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego.

Gordon, E. (1965). Characteristics of socially disadvantaged children. *Review of Educational Research*, *35*(5), 377–388.

Jahnsen, R., Villien, L., Stanghelle, J.K., Holm, I. (2002). Coping potential and disability – Sense of coherence in adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, *24*(10), 511–518.

Janelle, S. (1992). Locus of control in nondisabled versus congenitally physically disabled adolescents. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, *46*(4), 334–342.

Katra, G., Olkowska, A. (2006). Kształtowanie się planów życiowych u młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. W: T. Gałkowski. E. Pisula (red.). *Psychologia rehabilitacyjna. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN.

Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M.L., Smithson, E. (2010). Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: Appraisals and behavioural responses. *British Journal of Health Psychology*, *15*(3), 611–621.

King, G., Shultz, I., Steel, K., Gilpin, M., Cathers, T. (1993). Self-evaluation and self-concept of adolescents with physical disabilities. *The American Journal Of Occupational Therapy*, *47*(2), 132–140.

Kirenko, J., Bochniarz, A. (2017). Zasoby osobiste młodzieży z rodzin niepełnych. *Wychowanie w Rodzinie*, 153–171.

Kowalczyk, A. (2013). Samoocena jako predyktor przystosowania psychospołecznego osób z niepełnosprawnością pourazową. Lublin: Wyd. WSSP im. Wincentego Pola.

Kowalik, S. (2007). Psychologia rehabilitacji. Warszawa: Wyd. Akademickie i Profesjonalne.

Krasowicz, G., Kurzyp-Wojnarska, A. (1987). Społeczne wyznaczniki poczucia kontroli następstww zdarzeń. *Psychologia Wychowawcza*, *5*, 525–532.

Łaguna, M., Lachowicz-Tabaczek, K., Dzwonkowska, I. (2007). Skala samooceny SES Morrisa Rosenberga – polska adaptacja metody. *Psychologia Społeczna*, *2*(4), 164–176.

Lawrence, E., Winschel, J. (1973). Self-concept and the retarded: Research and Issues. *Exceptional Children*, *39*(4), 310–319.

Magill-Evans, J., Restall, G. (1991). Self-Esteem of Persons With Cerebral Palsy: From Adolescence to Adulthood. *The American Journal Of Occupational Therapy*, *45*(9), 819–825.

Majewicz, P. (2002). Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo. Kraków: Wyd. Naukowe Akademii Pedagogicznej.

Majewicz, P. (2012). Psychospołeczna adaptacja osób z niepełnosprawnością ruchową w okresie dorosłości. Kraków: Wyd. Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego.

Majewicz, P. (2015). Pozytywna psychologia rehabilitacji jako teoretyczno-praktyczna realizacja paradygmatu pozytywnego ukierunkowania. W: J. Głodkowska (red.). *Personalistyczne ujęcie fenomenu niepełnosprawności* (s. 25–45). Warszawa: Wyd. Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Margalit, M., Cassel-Seidenman, R. (1987). Life Satisfaction and Sense of Coherence among Young Adults with Cerebral Palsy. *Career Development for Exceptional Individuals*, *10*(1), 42–50.

Mathiak, K., Seget, A., Karzel, K., Majewska, M., Ostaszewski, P. (2006). Konstrukcja i walidacja kwestionariusza do badania poczucia kontroli dla dzieci w wieku szkolnym. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, *6*(3), 118–126.

Miyahara, M., Piek, J. (2006). Self-esteem of children and adolescents with physical disabilities: Quantitative evidence from meta-analysis. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, *18*(3), 219–234.

Moen, V., Eide, G., Drageset, J., Gjesdal, S. (2019). Sense of Coherence, Disability, and Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study of Rehabilitation Patients in Norway. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *100*, 448–457.

Nosek, M., Hughes, R., Swedlund, N., Taylor, H., Swank, P. (2003). Self-esteem and women with disabilities. *Social Science and Medicine*, *56*, 1737–1747.

Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). Osobowość, stres a zdrowie. Warszawa: Difin.

Otrębski, W., Rożnowski, B. (2008). Sytuacja psychologiczna osób z niepełnosprawnością na rynku pracy. Badania percepcji pracodawców, pracowników i poszukujących pracy. Lublin: Instytut Rynku Pracy.

Pallant, J.F., Lae, L. (2002). Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, *33*(1), 39–48.

Plieth-Kalinowska, I. (2009). Bezpieczeństwo społeczne dziecka niepełnosprawnego z dysfunkcją narządu ruchu. Bydgoszcz: Wyd. Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.

Poziemska, J. (2019). Construction of a Scale of the Locus of Control in School Situations. *Konteksty Pedagogiczne*, *1*(1q), 205–223.

Psarra, E., Kleftaras, G. (2013). Adaptation to Physical Disabilities: The Role of Meaning in Life and Depression. *The European Journal of Counselling Psychology*, *2*(1), 79–99.

Rader, L.A. (2003). An inquiry into the relationship between self-concept, self-esteem, locus of control, self-efficacy and self-determination of students with and without physical disabilities. Columbia: Columbia University.

Riad, J., Broström, E., Langius-Eklöf, A. (2013). Do movement deviations influence self-esteem and sense of coherence in mild unilateral cerebral palsy. *Journal of Pediatric Orthopedics*, *33*(3), 298–302.

Ristner, G., Andersson, R., Johansson, L.M., Johansson, S.E., Ponzer, S. (2000). Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries. *Injury*, *31*(10), 751–756.

Rorat, M. (2006). Wartości i poczucie sensu życia młodzieży z dysfunkcją narządu ruchu. Rzeszów: Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego.

Sęk, H. (2001). Stres krytycznych wydarzeń życiowych. W: H. Sęk. T. Pasikowski (red.). *Zdrowie – stres – zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia* (s. 13–22). Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora.

Szychowiak, B. (2008). Wychowanie dzieci niesprawnych ruchowo. W: I. Obuchowska (red.). *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie* (s. 381–416). Warszawa: Wyd. Szkolne i Pedagogiczne.

Walczak, R., Derbis, R. (2017). Podstawowe samowartościowanie – walidacja polskiej wersji skali do pomiaru. *Czasopismo Psychologiczne*, *23*(1), 147–158.

Wiatrowska, A. (2013). Zasoby osobiste kobiet z bulimią psychiczną. *Zeszyty Naukowe WSSP*, *16*, 197–213.

SELECTED PERSONALITY RESOURCES AND RELATIONSHIPS BETWEEN THEM IN YOUNG ADULTS WITH CONGENITAL MOTOR DISABILITY

Abstract: Introduction: Congenital motor disability is for man a challenge, which can significantly modify experiencing one's adulthood. It is necessary to deepen the knowledge about resources, which can support psychosocial adaptation of people with congenital motor disability. Self-esteem, internal locus of control and sense of coherence can be such resources. **Purpose**: The aim of the research was to determine the relationship between self-esteem, locus of control and sense of coherence in young adults with congenital motor disability. **Method**: The research was carried out using the method of diagnostic survey. The following research tools were used: The Rosenberg Self-Esteem Scale (SES) in Polish adaptation of Łaguna, Lachowicz-Tabaczek and Dzwonkowska, *Delta Questionnaire* by *Drwal* and Antonovsky's modified Sense of Coherence – 29 Questionnaire. **Results:** Significant correlations between self-esteem and internal locus of control and sense of coherence were shown, as well as between internal locus of control and sense of coherence. **Conclusions:** It can be concluded that self-esteem, internal locus of control and sense of coherence are significantly related to each other. These resources can condition each other and contribute to reciprocal growth.

Keywords: locus of control, motor disability, self-esteem, sense of coherence